

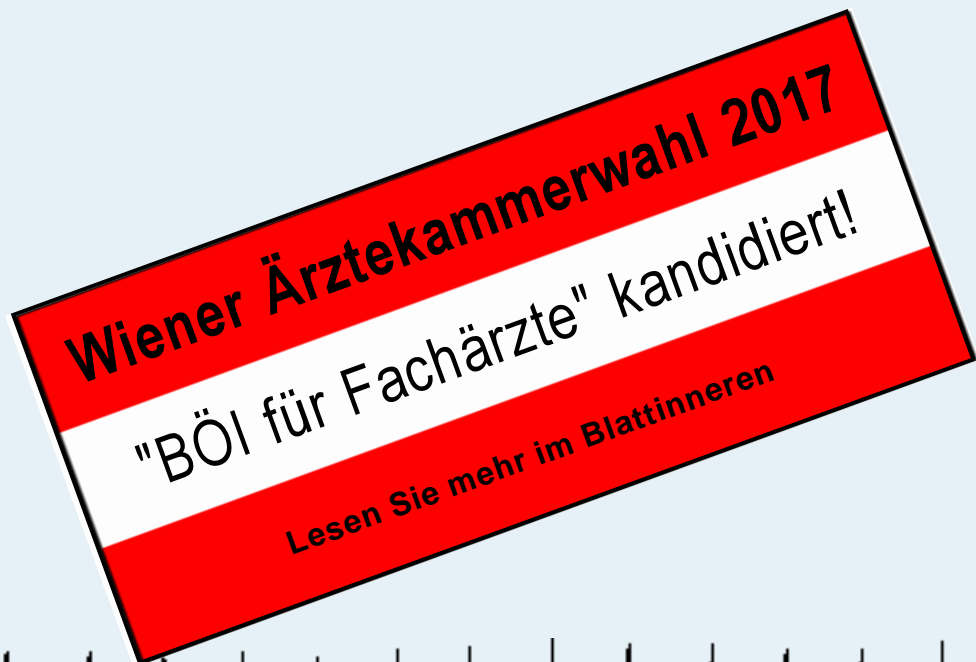
INTERN

Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

Praxistipps zum Thema Aortenstenose

von

Prim. Doz. Dr. Georg Delle Karth



Österreichische Post AG / Sponsoring Post
1200 Wien, GZ 02Z031148 S

30. Jahrgang - 1 / 2017

Preis: 7 Euro

Impressum



Zeitung des Berufsverbandes Österreichischer Internisten, 1200 Wien,
Treustrasse 43/4/4, Tel /Fax. 01/270 24 57, e-mail: sekr@boei.or.at, www.boei.or.at
Redaktion, Anzeigenleitung, Layout, Verleger und Herausgeber: Dr. Martina Wölfl-Misak,
2103 Langenzersdorf, Barwichgasse 17 , **Sekretariat:** Bernadette Teuschl, Susanne Bachtrog

VORSTANDSMITGLIEDER

Präsidentin: Dr. Susanne Biowski-Frotz ♦ **Präsident elect:** Univ.-Doz. Dr. Marcus Müllner ♦
Präsident past: Dr. Johannes Huber ♦ **1.Vizepräsident:** Dr. Alfred Ferlitsch ♦ **2.Vize-**
präsidentin: Dr. Monika Steininger ♦ **Kassierin:** Dr. Doris Kerö ♦ **Schriftführerin:** Dr. Heidemarie
Müller-Ringl ♦
Spitalsärztevertreter: Dr. Istepan Kürkcuyan
Kooptiertes Mitglied der ÖGIM: Dr. Susanne Biowski-Frotz
Fortbildungsreferat: Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis, Dr. Martina Wölfl-Misak

LANDESGRUPPEN

Burgenland: Dr. Heidemarie Müller-Ringl ♦ **Kärnten:** Dr. Alfred Ferlitsch ♦ **Niederösterreich:**
Dr. Lothar Fiedler, Dr. Gerhard Habeler ♦ **Oberösterreich:** Dr. Maximilian Rosivatz ♦ **Steiermark:**
Dr. Michael Herg, **Vorarlberg:** Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis
Ehrenmitglieder:
Prof. Dr. Arthur Udo Ehmsen, Univ.-Prof.Dr. Ernst Pilger, Dr. Herbert Schindler, Dr. Hans Walek

Aus dem Inhalt:

Brief der Präsidentin	3
Positionspapier Fachgruppe Innere Medizin Wien	5
BÖI für Fachärzte	8
Praxistipps zum Thema Aortenstenose	10
Kurskalender	14



Dr. Susanne
Biowski-Frotz

Präsidentin

des

Berufsverbandes

Österreichischer

Internisten

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Der Berufsverband der Österreichischen Internisten hat sich dazu entschlossen, erstmalig in der Geschichte des seit 1987 bestehenden Verbandes als überparteiliche Vereinigung bei der Wiener Kammerwahl 2017 (Sektion niedergelassene Fachärzte) anzutreten, um die Interessen ALLER niedergelassenen Fachärzte gegenüber Parteien, Kammern und Sozialversicherungsträgern zu vertreten.

Der Berufsverband (BÖI) besteht seit 30 Jahren. Er wurde in einem Umfeld gegründet, in dem Internisten im Rahmen der Kassenverträge nur wenige Leistungen honoriert bekamen: In diesem Zusammenhang haben wir unter anderem die Leistungsabrechnung der Echocardiographie, des Carotid duplex, der Sonographie der Schilddrüse und der Peripheren Gefäße, und der Abdomen Sonographie von den Krankenkassen erreicht. Um die Probleme der Fachgruppen den Interessenvertretern näher zu bringen, wurde der Zugang zur Landeskammer und zur ÖÄK gesucht und basierend auf Kosten-Nutzenrechnungen die Grundlage zu Verhandlungen mit den Sozialversicherungen geschaffen.

In den letzten Jahren war jedoch die Situation bei standespolitischen Entscheidungen zunehmend von einer Ausgrenzungspolitik gekennzeichnet wie z.B. Kassenverhandlungen im Rahmen eines Gesamtvertrages ohne Einbeziehung der Fachgruppen und Fachärzte, Vertragsabschlüsse, die erst im nachhinein kommuniziert wurden, Zurückhaltung wesentlicher Informationen zu getroffenen Vereinbarungen, Ausspielen einzelner Fachgruppen gegeneinander. All das waren nur einige Punkte einer offensichtlichen Strategie, die Interessen der Fachärzte hintanzustellen.

Es herrscht de facto ein Stillstand bei den Kassenhonoraren und der Weiterentwicklung der Kassenpositionen. Neue Leistungen werden nicht verhandelt und Kostenkalkulationen nicht berücksichtigt. Die Deckelungsregelungen sind realitätsfremd, die Pauschalhonorierung betriebswirtschaftlich nicht zu bewerkstelligen. Darüber hinaus fehlt eine Inflationsabgeltung. Es werden die Werte der „Punkte“ aber meist nicht die entsprechenden Beträge der verhandelten Positionen erhöht.

Auf Grund des dringenden Handlungsbedarfs hat daher der Vorstand einstimmig entschieden, als größte Fachgruppe für die Zukunft ALLER niedergelassenen Fachärzte in Wien zu kandidieren. Es geht um das langfristige Überleben aller niedergelassenen Fachärzte.

Was sind unsere Ziele:

- 1) Honorarverhandlungen wieder durch die Fachgruppen
- 2) Anstellung von Ärzten bei Ärzten
- 3) Kassenverträge, die sämtliche ambulant durchführbaren Leistungen umfassen
- 4) Gleichstellung der Facharztpraxen mit Ambulanzen und Privatkliniken bezüglich der Direktverrechnung mit den Zusatzversicherungen
- 5) Erstattung von Ordinationsbedarf (Verbrauchsmaterial, Zangen, Schlingen, Venflons und vieles mehr) in allen Fachgruppen
- 6) Verlagerung vieler Ambulanzeleistungen in den niedergelassenen Bereich
- 7) Kontrolle der Ärzteschaft über PHCs, Institut und private Ambulanzen
- 8) Verrechenbarkeit und rasche Anpassung des Tarifkatalogs an neue Sonderleistungen in allen Fächern

Brief der Präsidentin

Zusammenfassend wird der BÖI bei den Wiener Kammerwahlen kandidieren, um jene Mitsprachemöglichkeit zu erlangen, die notwendig ist, um die Zukunft der niedergelassenen Fachärzte positiv zu gestalten. Wir möchten nochmals ausdrücklich betonen, dass wir uns nicht nur als Vertreter der Internisten sehen, sondern ALLER niedergelassenen Fachärzte und laden daher alle Kollegen aller Fächer ein, uns zu unterstützen. Gemeinsam werden wir in der Kammer mit Sicherheit vieles für alle Fachgruppen erreichen können.

Gehen Sie am 25. März wählen und stärken Sie mit ihrer Stimme die Position der niedergelassenen Fachärzte in der Wiener Ärztekammer!

Mit kollegialen Grüßen

Susanne Biowski-Frotz

Werden auch Sie Mitglied beim BÖI !

Bitte ausschneiden und einsenden an: BÖI, Treustr. 43/4/4, A-1200 Wien



AUSZUG AUS
DEN VERBANDS-
STATUTEN

§3. ARTEN DER
MITGLIEDSCHAFT

Ordentliches Mitglied
kann jeder Facharzt für
Innere Medizin werden.

**Außerordentliches Mit-
glied** können werden:

§3a) Personen und Körper-
schaften, die an der För-
derung des Verbandes
interessiert und bereit
sind, im Rahmen der
Verbandstätigkeit mitzu-
wirken.

§3b) Ärzte, die die Aner-
kennung als Facharzt für
Innere Medizin anstreben.
Sie, bzw. ihre Organe
können an den Veranstal-
tungen des Verbandes
ohne Stimmrecht teil-
nehmen

Ich ersuche um Aufnahme als

- Ordentliches Mitglied
 Außerordentliches Mitglied (lt. §3a)
 Außerordentliches Mitglied (lt. §3b)

in den

Berufsverband Österreichischer Internisten

Jahresmitgliedsbeiträge:

- Ordentliche Mitglieder EUR 45
a.o. Mitglieder/§ 3a EUR 450
a.o. Mitglieder/§ 3b EUR 45

- Facharzt für Innere Medizin
 in Ausbildung zum FA für Innere Medizin
 sonst: _____

Name, Titel

Adresse

Tel.

e-mail

Unterschrift



Dr. Gerald Schnürer

Fachgruppenobmann
der
Fachgruppe
Innere Medizin
der
Ärztchammer für Wien

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die Fachgruppe Innere Medizin der Ärztekammer für Wien entwickelt derzeit ein Positionspapier mit dem Ziel, die Rolle der ambulanten internistischen Versorgung im Rahmen der laufenden Gespräche über die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens darzulegen und eine klare Verhandlungsposition für die kommenden Gespräche mit den Entscheidungsträgern herauszuarbeiten.

Im folgenden finden Sie die aktuelle Fassung des Positionspapiers. Helfen Sie uns, mit Ihren Anregungen, Feedback und zusätzlichen Wünschen, die Sie in diesem Papier gerne eingearbeitet haben würden, die bestmögliche Grundlage für die kommenden Verhandlungen zu schaffen.

Es geht um die Zukunft der niedergelassenen internistischen Versorgung in Österreich!

Rückmeldungen erbitte ich per Mail an schnuerer@kardio23.at.

Herzlichen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Gerald Schnürer

Positionspapier 2017

Ambulante Internistische Facharztversorgung im Wiener Modell unter Berücksichtigung der aktuellen §15a-Vereinbarungen

1. Wir Kasseninternisten fühlen uns in der Lage, die Wünsche nach Entlastung der korrespondierenden Fachambulanzen des KAV zu erfüllen und im Rahmen des nun beschlossenen 15a-Vertrags zu arbeiten.
2. Die wichtigste Herausforderung für alle Beteiligten ist die qualitativ hochwertige aber kosteneffiziente Versorgung der großen Volkskrankheiten, die zu einem bedeutenden Teil dem internistischen Bereich zuzuordnen sind, oder die internistische Cofaktoren und Auswirkungen haben (Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes und Adipositas, COPD, Krebs; degen. Erkrankungen des Bewegungsapparats, Suchtkrankheiten, Demenz und Depression)
3. Die sogenannten Parallelstrukturen werden wie von der Gemeinde gewünscht vom KAV abgebaut durch Beschränkung auf jene Leistungen, die im Verbund mit Großgeräten, mit Akutbettenstationen oder tagesklinischen Einrichtungen besser erbracht werden können (Appendix 1)
4. Damit wird eine deutliche Erweiterung unseres Angebots (Appendix 2) erforderlich, was nur möglich ist durch:
 - a. zusätzliche Facharztstellen für bestehende Einzel- und Gruppenpraxen
 - b. eine Erleichterung von Vertretungsmodellen, sodass feste Vertreter von den Kassen akzeptiert werden
 - c. Die Möglichkeit zur Fixanstellung von fachgleichen Kollegen im maximalen Verhältnis 1:1 (Arbeitszeitäquivalente) zur Anzahl der Kassenverträge mit der Option zu späterer Übernahme von Gesellschafteranteilen
 - d. Die Möglichkeit zur Fixanstellung von Allgemeinmedizinerinnen im maximalen Verhältnis 1:1 zur Zahl der im selben Zeitraum tätigen Fachärzte

- e. Aufhebung der restriktiven und leistungsfeindlichen Deckelungen, die nur zu kruden Querfinanzierungen führen
 - f. Einführen neuer Leistungen (Appendix 3) zu marktkonformen aber maßvollen Tarifen
 - g. Zuschlag für Leistungserbringung zu den gewünschten Tagesrandzeiten entsprechend den höheren Lohnforderungen unserer Angestellten
 - h. Zugang zu ausreichend großen Ordinationsflächen zu fairen Kosten durch die Gemeinde und den gemeinnützigen Wohnbaugesellschaften
- Honorarverhandlungen sind direkt von den Fachgruppen gemeinsam mit den Kammerjuristen zu führen (die bisherigen Usancen, fix vorgegebene Gelder je nach Druck von einer Ärztegruppe zur anderen zu verlagern, ohne die Betroffenen einzubinden, sind nicht zielführend gewesen).
- 5. Zusammenschluss zu dezentralen, regionalen Facharztnetzwerken mit gemeinsamer Kommunikationsstruktur, bevorzugter Terminvergabe und interdisziplinärer Versorgung. Voraussetzungen sind:
 - a. Nutzung der ELGA-Infrastruktur, aber ausschließlich unter der Voraussetzung, dass sie eine ausreichende Usability betreffend Handling am Point of care, Zugriffszeit, Übersichtlichkeit und Produktivität bietet. Diese Parameter werden von uns Ärzten selbst getestet. Ansonsten Entwicklung von Alternativprodukten am freien EDV-Markt und Einrechnung der Entwicklungskosten in unsere Honorare.
 - b. Gemeinsamer Auftritt des Netzwerks unter einer „Marke“ in der realen Welt und im Internet.
 - c. Besonders intensive und gegenseitig wertschätzende Zusammenarbeit der Internisten mit den Lungenspezialisten, die aufgrund der neuen Facharztzubereitung langfristig vom eigenen Fach zum Teilgebiet der Inneren Medizin werden.
 - 6. Dauer der Öffnungszeiten jeder dezentralen Einheit hängt von der Anzahl der jeweiligen Fachärzte ab, Koordinierung der Öffnungszeiten im Netzwerk nicht zwingend erforderlich. Konkrete Raster werden erarbeitet.
 - 7. Einpreisung der Kosten für die in den 15a-Vereinbarungen geforderten zusätzlichen administrativen Kosten (Qualitätssicherung, ICD-10-Codierung...) in die Honorare. Mitarbeit an Versorgungsforschung unter Abgeltung des Arbeitsaufwandes.
 - 8. Wir sind der Überzeugung, dass unsere Leistung kosteneffizienter ist als jene, die von Kassenambulatorien erbracht werden. Ebenso sind wir der Überzeugung, dass mehrere dezentrale vernetzte Einheiten in der ambulanten Versorgung effektiver arbeiten als ein Großbetrieb, weil
 - a. Der administrative Overhead überproportional mit der Größe zunimmt,
 - b. Der niederschwellige Zugang von einem Facharzt zum anderen (doc-hopping) den Geldgebern teurer kommt als die selektive Zuweisung.
 - 9. Wir sind der Überzeugung, dass kommerziell arbeitende Anbieter im Gesundheitswesen den Geldgebern teurer kommen und die Versorgung schlechter machen als das derzeitige System (siehe Der Spiegel Ausgabe 51/2016), und dass gemeinnützige private Anbieter aufgrund deren immanenten Spardrucks nicht in der Lage sind, die medizinische Qualität in gleicher Weise anbieten zu können wie freiberuflich tätige Ärzte. Deshalb müssen PHCs und Facharztzentren (bzw.-Netzwerke) im Eigentum der Ärzte verbleiben.
 - 10. Weiters sind wir der Überzeugung, dass eine sinnvolle Finanzierung des Gesundheitswesens nur möglich ist, wenn die Finanzierung aus einer Hand erfolgt (also die Krankenkassen auch den Krankenhausbereich zu 100% bezahlen), und die Kassen ein maximal transparentes finanzielles Gebaren gegenüber den Beitragszahlern an den Tag zu legen haben. Wenn der bürokratische Wildwuchs verschiedenster Unternehmungen im Umkreis von Ministerium und Hauptverband zur Verwaltung des Gesundheitssystems zurückgebaut wird, und wir Ärzte unsere Arbeit frei von dortigen fachlichen, ökonomischen und organisatorischen Vorgaben selbst aufgrund unserer Expertise und nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausschließlich unseren Patienten verpflichtet erbringen dürfen. Die damit verbundene Verantwortung, öffentliche Gelder optimal einzusetzen, übernehmen wir gerne in gemeinsamen Organen zusammen mit den anderen Stakeholdern. Die derzeit geplante Organisation des Gesundheitswesens an den Ärzten und ihren Organen vorbei kann weder qualitativ, noch ökonomisch zu einem Erfolg führen.

Appendix 1: von Krankenanstalten weiterhin zu erbringende ambulante Leistungen:

1. Internistische, neurologische und traumatologische Notfallsversorgung
2. Nuclearmedizinische Untersuchungen
3. Hämato-Onkologie: teilweise tagesklinische Chemotherapie
4. Kardiologie, Angiologie: Coronarnagiographie, transösophageale Echokardiographie, Looprecorderimplantationen, periphere Angiographie, kardiale und periphere Interventionen, Transplantationsambulanz
5. Nephrologie: Prädialyseambulanz, Transplantationsambulanz, Hämodialyse
6. Endokrinologie: Diabetesschulungen (das aktuelle DMP Diabetes hat sich einfach nicht bewährt)
7. Gastroenterologie: Transplantationsambulanz
8. Pneumologie: von der Fachgruppe Pulmologen zu definieren

Appendix 2: Erweiterung des Angebots im niedergelassenen Bereich:

1. Kardiologie: Schrittmacher-, ICD-, und CRTD-Therapie, moderne KHK-Diagnostik
2. Angiologie: Entzündliche Gefäßerkrankungen
3. Nephrologie: autoimmunologisch, toxisch und metabolisch bedingte Niereninsuffizienzen, Heimdialyse- und Peritonealdialysebetreuung
4. Endokrinologie: Typ-I-Diabetes, Schilddrüsenversorgung, Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen
5. Gastroenterologie: Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Dünndarmdiagnostik, Tumornachsorge, chron. Entzündliche Darmerkrankungen, Hepatitistherapie
6. Rheumatologie: degenerative und entzündliche Erkrankungen des Bewegungsapparats, Osteoporosetherapie
7. Hämatookologie: ambulante Diagnostik bei Karzinomverdacht, tagesklinische Chemotherapien, Anämiebehandlung
8. Pneumologie: von der Fachgruppe Pulmologen zu definieren

Appendix 3: neue Leistungen:

1. Kardiologie: Schrittmacher-, ICD-, und CRTD-Therapie in Fallpauschalen pro Kontrolle (Vorgabe der Untersuchungsfrequenz noch festzulegen) inklusive telemedizinischer Nachsorge (rechtliche Situation noch nicht geklärt), Looprecorderabfrage, Stressechokardiographie, Tissue-Doppler- und Strainecho, Spiroergometrie, Langzeitblutdruck, Herz-MRT und CT-Coronarangio (in Zusammenarbeit mit radiologischen Instituten), POC-Diagnostik (Trop-T, D-Dimer, BNP, Na, K, Krea, BUN, KBB, GOT, LDH)
2. Angiologie: Kapillarmikroskopie, Zuschlag Vaskulitiden/Polymyalgia rheumatica
3. Nephrologie: Nierensonographie, venöse Blutgasanalyse, Labor vor Ort (KBB, Krea, BUN, HS, Na, K, Cl, Ca, Ph, GEW, Harnstreifen und Harnsediment), Fallpauschalen Heimdialyse und Peritonealdialyse, Fallpauschalen für chronische nephrologische Erkrankungen
4. Endokrinologie: Typ-I-Diabetes-Fallpauschale, Typ-II Diabetes-Fallpauschale (ohne DMP-Verpflichtung), Schilddrüsen-Fallpauschale, Schilddrüsensono, TRH-Test, Dexamethason-Hemmtest usw., Nierensono
5. Gastroenterologie: einmalige Pauschale Nahrungsmittelunverträglichkeiten, H2-Atemtest, ausreichende Dotation von Sedierung und Verbrauchsmaterial, PEG-Sonden-Implantation, Endosonographie, Fibroscan, Fallpauschale Tumornachsorge, Fallpauschale Autoimmunerkrankungen mit Zuschlag bei Antikörpertherapie, Fallpauschale antivirale Hepatitistherapie
6. Rheumatologie: Rheumatologisches Assessment, Zuschlag entzündliche Arthritiden+Kollagenosen, Fallpauschale immunsuppressive Therapie mit Zuschlag Antikörpertherapie, Sonographie von Gelenken und Sehnen, Knochendichtemessung
7. Hämatookologie: einmalige Fallpauschale Karzinomabklärung, Fallpauschale Anämiebehandlung, Fallpauschalen für Chemotherapien pro Tag je nach Aufwand, Fallpauschale Karzinomnachsorge
8. Pneumologie: von der Fachgruppe Pulmologen zu definieren

Dr. Gerald Schnürer
Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Angiologie
Fachgruppenobmann Innere Medizin an der ÄK Wien

Unsere Kandidaten

- (1) **Priv.Doz. Dr.med. Mag.iur. Ing. Christian A. Plass**
FA für Innere Medizin (Additivfach Kardiologie), FA für Physiologie, Psychotherapeut
- (2) **Univ.Prof. Dr. Peter Fitscha**
FA für Innere Medizin (Additivfächer Angiologie und Kardiologie)
- (3) **Dr. Susanne Biowski-Frotz**
FÄ für Innere Medizin
- (4) **Dr. Martina Wöfl-Misak**
FÄ für Innere Medizin (Additivfach Angiologie)
- (5) **Dr. Michael Jung**
FA für Innere Medizin (Additivfach Angiologie)
- (6) **Dr. Ursula Klaar**
FÄ für Innere Medizin (Additivfach Kardiologie)
- (7) **Dr. Gerald Schnürer**
FA für Innere Medizin (Additivfächer Kardiologie, Angiologie, Nephrologie)
- (8) **Dr. Sema Robl**
FÄ für Innere Medizin (Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie)
- (9) **Dr. Claudia Sebald**
FÄ für Innere Medizin (Additivfach Kardiologie)
- (10) **Univ.Doz. Dr. Marcus Müllner**
FA für Innere Medizin (Additivfach Intensivmedizin)

Wir werden als neue Gruppe jede Stimme benötigen, um unser Ziel zu erreichen, eine Mitsprachemöglichkeit zur Verbesserung der Situation aller niedergelassenen Fachärzte zu erhalten.

**Bitte unterstützen Sie uns mit Ihrer Stimme
bei der Wahl am 25. März 2017.**

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Der Berufsverband Österreichischer Internisten besteht seit fast 30 Jahren, gegründet in einem Umfeld, in dem Internisten im Rahmen der Kassenverträge nur wenige Leistungen honoriert bekamen, haben wir die Kassen-Abrechnung der Echokardiographie, des Carotisduplex und der Abdomensonographie erreicht.

Wir kandidieren, weil wir uns für die Zukunft der niedergelassenen Fachärzte einsetzen wollen. Dies ist nur mit einer besseren Unterstützung unserer Ärztekammer möglich. Deshalb ist es unser Ziel, als Berufsverband Österreichischer Internisten - politisch unabhängig – und als selbst Betroffene bei den Kammerwahlen anzutreten und Mitgestaltungsverantwortung zu übernehmen.

Es herrscht derzeit ein de facto Stillstand bei den Kassenhonoraren und der Weiterentwicklung der Kassenpositionen, mit realitätsfremden Deckelungsregelungen, betriebswirtschaftlich unsinnigen Pauschalhonorierungen und fehlender Inflationsabgeltung. Statt diese realen Probleme unseres Standes einer Lösung zuzuführen, fließt die meiste Energie unserer Standesvertreter (die wir bezahlen!) in die Selbstbeschäftigung mit parteiinternen und parteiübergreifenden politischen Kampagnen oder in Pseudolösungen wie die PHCs.

***Es besteht dringender Handlungsbedarf!
Es geht um das langfristige Überleben der niedergelassenen Fachärzte!***

Diese kritische Situation kann nur geändert werden, wenn wir Fachärzte in der Kammer ein starkes Gewicht haben. Der Berufsverband Österreichischer Internisten wird bei den Wiener Ärztekammerwahlen 2017 kandidieren, um jene Mitsprachemöglichkeit zu erlangen, die notwendig ist, um die Zukunft der Fachärzte positiv zu gestalten.

Wir möchten aber ausdrücklich betonen, dass wir uns nicht nur als Vertreter der Internisten sehen, sondern ALLER niedergelassener Fachärzte und laden daher die Kolleg/innen der anderen Fächer ein, uns zu unterstützen.

Gemeinsam werden wir wie zuvor schon in der Kammer mit Sicherheit vieles für alle erreichen können.

Was sind unsere Ziele?

- 1) Honorarverhandlungen durch die Fachgruppen
- 2) Verlagerung der Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich
- 3) Kassenverträge, die sämtliche ambulant durchführbaren Leistungen umfassen
- 4) Gleichstellung der Facharztpraxen mit den Ambulanzen der Privatkliniken. Wir wollen die Direktverrechnung mit den Zusatzversicherungen
- 5) Anstellung von Ärzten bei Ärzten
- 6) Erstattung von Verbrauchsmaterial und Ordinationsbedarf
- 7) Kontrolle der Ärzteschaft über PHCs, Institute und private Ambulanzen.
- 8) Finanziell sinnvolle Kassenverträge z.B. für Onkologen und Rheumatologen

**Das Team des
BÖI für Fachärzte**

Praxistipps zum Thema Aortenstenose

Von
Prim. Doz. Dr. Georg Delle Karth

Korrespondenzadresse:
4. Medizinische Abteilung mit Kardiologie
Krankenhaus Hietzing mit neurologischem
Zentrum Rosenhügel
Wolkersbergenstraße 1
1130 Wien
georg.delle-karth@wienkav.at

Einleitung

Die Aortenstenose (AS) stellt den häufigsten Grund für Herzklappen-Operationen bzw. –Interventionen in der industrialisierten Welt dar. Die Prognose der unbehandelten höhergradigen Aortenstenose ist schlecht: Das 5-Jahres-Risiko der Progression zu Herzinsuffizienz, Klappenoperation oder Tod beträgt 80%! Die häufigste Ursache der AS ist die degenerative Verkalkung der Klappensegel. Diese tritt typischerweise im höheren Lebensalter auf, weshalb - aufgrund der steigenden Lebenserwartung - mit einer Zunahme der Prävalenz zu rechnen ist. Obwohl nicht rein degenerative, sondern auch inflammatorische Prozesse eine Rolle spielen, konnte bis jetzt keine sekundärpräventive Maßnahme die Entwicklung der AS beeinflussen. Nicht unerwähnt soll die häufigste angeborene Klappenabnormalität bleiben, welche zu einer frühzeitigen AS führen kann: Die bikuspid angelegte Aortenklappe (BAV). Sie tritt familiär gehäuft mit einer Inzidenz von 1-2% auf. Das Risiko eine BAV an seine Kinder zu vererben beträgt 10%, wenn man die häufig damit assoziierten Aortopathien mitberücksichtigt sogar 20-30%, was ein Familienscreening nahelegt. Die echokardiographische Diagnose ist oft schwierig, da bei 70-90% der BAV eine Raphe (Verwachsungslinie) angelegt ist und bei bereits eingesetzter Degeneration die bikuspidale Anlage kaum noch zu erkennen ist. Der hämodynamisch günstigere und häufigste Typ ist eine Fusion des rechten und linken Klappen-Segels, welches funktionell zu einem vorderen und hinteren Segel (AP-Typ) mit unterschiedlich ausgeprägter Asymmetrie führt. Oft ist mit einer BAV eine Aortopathie (tubuläre Aortenektasie, Aneurysma mit konsekutiver Dissektionsgefahr) assoziiert und erfordert eine spezielle Betrachtung bei der OP- bzw. Interventions- Planung. Das Vorhandensein einer BAV führt häufig zu einer „vorzeitigen“ AS. Nur ca. 15% der Patientinnen und Patienten (Pat.) haben in der 5. Lebensdekade noch eine normale Klappenfunktion. Auch Aorten-Insuffizienzen und eine höhere Endokarditis-Inzidenz ist mit einer BAV assoziiert.

Symptome

Die AS wird in der Regel symptomatisch, wenn die Klappenöffnungsfläche (AVA) kleiner oder gleich einem Quadratzentimeter ist. Die typischen Symptome sind: Dyspnoe, Angina Pectoris, belastungsinduzierter Schwindel bzw. belastungsinduzierte Synkope. Generell findet sich eine verminderte Leistungsfähigkeit. Eine spezifische Anamnese, vor allem in Hinblick auf körperliche Betätigung, ist hilfreich, da bei scheinbar oligo- oder gar asymptomatischen Pat. das Phänomen der Krankheits-Adaptation nicht selten ist.

Erste Hinweise auf das Vorliegen einer AS liefert ein auskultatorisches Crescendo-Decrescendo-Systolikum mit Ausstrahlung in die Karotiden. Im Verlauf der Erkrankung wird das Systolikum immer lauter und gipfelt immer später in der Systole. Mit Absinken des Schlagvolumens bei Fortschreiten der Erkrankung wird das Geräusch wiederum leiser und der Herzspitzenstoß prominenter, bei gleichzeitiger Abnahme der Intensität des Pulsqualität (parvus et tardus). Der zweite Herzton ist nicht mehr gespalten, da die stenotische Klappe weder gut öffnet noch schließt und somit die aortale Komponente des zweiten Herztons fehlt (fehlender 2. Herzton). Somit kann mit etwas Übung der Auskultationsbefund auch Hinweise zur hämodynamischen Wirksamkeit der Aortenstenose liefern.

Diagnose

Der diagnostische Goldstandard ist heute die Echokardiografie. Die basalen hämodynamischen Parameter, die erhoben werden, sind: Maximale Flussgeschwindigkeit über der Aortenklappe (V_{max}), maximaler und mittlerer transvalvulärer Gradient (meanGrad) und Aortenklappenöffnungsfläche über die Kontinuitätsgleichung oder direkte Planimetrie. Das Flussprofil über der Aortenklappe wird mittels Continuous-Wave-Doppler dargestellt. Die Bestimmung der

V_{max} erfordert gelegentlich eine Darstellung aus unterschiedlichen Anlotungsebenen (inkl. dem rechtsparasternalen Fenster), um eine Ausrichtung der Dopplersonde mit dem Stenosejet zu erreichen. Neben der klassischen Form der AS unterscheidet man eine schwere „low-flow low gradient“ AS mit reduzierter Ejektions-Fraktion ($<50\%$) und eine schwere „low-flow low gradient“ AS mit normaler Ejektions-Fraktion. Erstere zeigt eine $V_{max} < 4.0$ m/s unter Ruhebedingungen, welche aber unter geringer Dobutamin-Dosis in einer Stress-Echokardiographie auf zumindest 4m/sec ansteigt. Die Diagnose der „low-flow low gradient“ AS mit normaler Ejektions-Fraktion stellt eine Herausforderung dar und beinhaltet neben einer Index-AVA von ≈ 0.6 cm²/m² einen Schlagvolumens-Index von < 35 ml/m² bei normotensiven Verhältnissen. Zur Diagnosesicherung kann auch ein Calcium-Scoring der Aortenklappe mittels CT helfen.

Verlauf

Das Einsetzen von Symptomen stellt den zentralen Wendepunkt im natürlichen Verlauf der höhergradigen AS dar: Die symptomatische höhergradige Aortenstenose hat eine schlechte Prognose mit jährlichen Mortalitätsraten von etwa 25%, sodass ab diesem Zeitpunkt generell die Indikation zur Klappenanierung besteht. Bei asymptomatischen Pat. gestaltet sich die Indikationsstellung schwieriger. Wie oben erwähnt, passen sich manche Pat. an „ihre“ Erkrankung an und reduzieren oder vermeiden sogar weitgehend gänzlich jegliche körperliche Anstrengung. In den letzten Jahren hat sich die Ergometrie zur Risiko-Stratifizierung bei primär asymptomatischen Patienten etabliert, bei welcher das frühe Auftreten von Symptomen und eine fehlender Blutdruckanstieg prognostisch ungünstig sind. Ab einer höchstgradigen AS ($V_{max} > 5,0$ m/s) oder bei einer raschen Progression der Erkrankung ($> 0,3$ m/s pro Jahr in Gegenwart

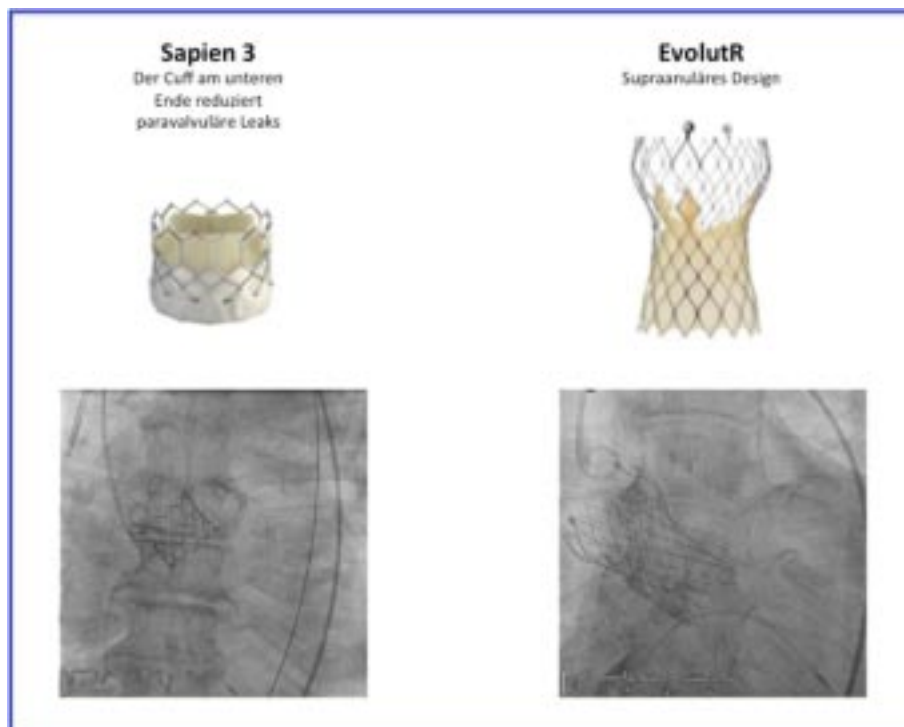


Abbildung 1: Die ballonexpandierbare Sapien 3 und die selbst-expandierbare EvolutR in nativer und in Röntgen-Ansicht während der Implantation

einer schwer verkalkten Klappe) haben auch asymptomatische Pat hohe Ereignisraten. Auch im Labor bestimmte sehr hohe natriuretische Peptide können zur Hilfestellung bei der Therapieentscheidung herangezogen werden.

Therapie

Seit nunmehr 50 Jahren steht der chirurgische Aortenklappenersatz (AKE) zur Verfügung. Es werden zum einen biologische Klappen aus Schweine- oder Rinderperikard mit guten hämodynamischen Eigenschaften verwendet. Diese erfordern keine dauerhafte Antikoagulation, die Klappen degenerieren aber im Laufe der Zeit und sind daher Mittel der Wahl bei älteren Patienten. Mechanische Klappen andererseits machen eine lebenslange Antikoagulation (mit den bekannten Komplikationen) notwendig, unterliegen aber keiner Degeneration. In den letzten Jahren kam es trotz steigenden Alters der Pat. und vermehrter Komorbiditäten zu einer stetigen Reduktion der operativen Mortalität. Das Alter allein ist demnach kein Ausschlussgrund für einen AKE. Potentielle Vorteile der Chirurgie beinhalten die Vorgehensweise „unter Sicht“ mit Exzision des alten Klappenapparates und auch die Möglichkeit gleichzeitig bestehende Aortopathien bzw. auch komplexe Koronarläsionen mitzubehandeln. Das operative Trauma und auch die verlängerte Rekonvaleszenzphase bei AKE stehen dem allerdings gegenüber. Register-Daten wie aus dem Euroheart-Survey zeigen, dass ein AKE bei vielen älteren Patienten nicht durchgeführt wird, da das operative Risiko als zu hoch eingeschätzt wird. Für diese Pat. hat sich in den letzten 10 Jahren mit der Möglichkeit eines katheterinterventionellen Klappenersatzes (TAVI) eine neue Therapieoption eröffnet. Der bevorzugte Zugangsweg ist transfemorale, alternative Zugangsrouten wie transapikal und selten transaortal kommen dann zum Einsatz, wenn die Leistengefäße für den transfemorale Zugang nicht geeignet sind. Es kommen ballonexpandierbare und selbstexpandierbare Klappentypen zum Einsatz (Abbildung 1, vorige Seite). Während der ballonexpandierbare Typ (Rinderperikard-Klappe welche in einem zylindrischen Kobalt-Chrom-Stent montiert ist- Edwards-Sapien-Klappe) unter „Einfrieren“ des Herzens

mittels rascher Schrittmacher-Stimulation implantiert wird, können selbstexpandierbare Typen (der häufigste Typ ist eine Schweineperikard- Klappe welche in einem längeren Nitinol Stent mit adaptiver Form und supra-annulärem Design montiert ist – CoreValve, Medtronic) meist während normaler Herzarbeit implantiert werden. Nachdem bei nicht-operablen und im Vergleich zur Chirurgie auch bei Hoch-Risiko Pat. für die TAVI überzeugende Daten publiziert wurden, verglich man in der Partner-2 Studie den Chirurgischen Klappenersatz (SAVR) mit TAVI bei so genannten Intermediär-Risiko-Pat. Nach 24 Monaten zeigte sich, dass TAVI behandelte Pat. in Hinblick auf den primären Endpunkt, Gesamtsterblichkeit bzw. Insult mit Residuen nicht unterlegen war (SAVR=21,1% vs. 19.3% bei TAVI; p=0,253). In einer Subanalyse, die alleine Patienten mit transfemorale implantierte TAVI gegenüber eines „gematchten“ operativen Kollektivs verglich, zeigte sich sogar ein signifikanter Überlebensvorteil der Patienten mit TAVI. Es muss darauf hingewiesen werden, dass das Synonym „intermediäres“ Risiko kein niedriges Risiko bedeutet: Die anhand der STS-PROM Scores errechnete postoperative Sterblichkeit lag bei 5.8%, ca. 45% der Pat. waren gebrechlich (5-Meter Geh-Test zeit >7 sec). Studien bei Pat. mit niedrigerem Risiko sind im Laufen. Besondere Vorsicht ist bei der Behandlung von „jüngeren“ (z.B. < 70 Jahre) Pat. mit TAVI geboten: Aufgrund der hohen Prävalenz von bikuspiden Anatomien muss hier die Methode besonders kritisch evaluiert werden, da erstens begleitende Aortopathien häufig sind und zweitens mit einer höheren Rate von paravalvulären Insuffizienzen zu rechnen ist. Eine besondere Population stellen Patienten mit degenerierten biologischen Aortenklappenprothesen dar, welche je nach Prothesen-Typ potentiell gute Kandidaten für eine TAVI- Prozedur sind. Aufgrund einer Vielzahl von randomisierten Studien- und Register-Daten hat sich die TAVI bei Risikopatienten gut etabliert- wichtige Limitationen betreffen insbesondere die noch nicht nachgewiesene Langzeit- Haltbarkeit der TAVI-Prothesen > 5 Jahre, die gegenüber dem chirurgischen Klappenersatz höheren Inzidenz von paravalvulären Insuffizienzen und die höhere Rate an notwendigen Schrittmacherimplantationen. Schwere prozedurale Komplikationen wie Aorten-Anulus Verletzungen,

	Pat. mit niedrigem Risiko	Pat. mit intermediärem Risiko	Pat. mit hohem Risiko	Pat. mit höchstem Risiko
OP-Score	STS-PROM < 4 Log Euro-Score < 10	STS-PROM 4-8 Log Euro-Score 10-20	STS-PROM > 8 Log Euro-Score > 20	Ca. 50% Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Frailty (Gebrechlichkeit)	Keine	Mild	Mittel- Schwer	Schwer
Komorbiditäten	Keine	1 Organ-System (ohne Aussicht auf postoperative Verbesserung)	2 Organ -Systeme (ohne Aussicht auf postoperative Verbesserung)	3 Organ -Systeme (ohne Aussicht auf postoperative Verbesserung)
Prozedurale Hindernisse	Keine	Ein mögliches Hindernis	Ein mögliches Hindernis	Ein schweres Hindernis

Tabelle 1: Risikoeinteilung von Patienten mit symptomatischer, wirksamer Aortenstenose

schwere vaskuläre Komplikationen, Koronarokklusionen und Ventrikelperforationen sind zwar sehr selten, aber mit einer hohen Sterblichkeit assoziiert. Da - abgesehen von Koronarokklusionen- solche Komplikation nur sehr selten konservativ-interventionell beherrscht werden können besteht meist als einzige Option eine rasche Konversion zu einer offenen Herz-OP. Aus diesem Grund besteht weitgehender Konsens darüber, dass TAVI's an Zentren mit Herzchirurgie durchgeführt werden sollen. Die Nachsorge von TAVI Pat. ähnelt der von Pat. nach AKE. Neben einer meist 3 Monate dauernden dualen Plättchenhemmertherapie mit Aspirin und Clopidogrel, welche danach auf eine lebenslange Monotherapie reduziert wird, erfolgt in regelmäßigen (meist jährlichen) klinischen und echokardiografischen Kontrollen die Beurteilung der Prothesenfunktion. Auf die Notwendigkeit einer Endocarditis-Prophylaxe bei zahnärztlichen Eingriffen mit Amoxicillin oder Dalacin muss hingewiesen werden.

Praktisches Vorgehen bei der Beurteilung von Pat. mit schwerer symptomatischer AS

Für das therapeutische Vorgehen ist es entscheidend, das operative Risiko der Pat. zu bestimmen (Tabelle 1). Hilfestellungen bieten diesbezüglich Risiko-Scores wie der STS-PROM (<http://www.sts.org>) oder der log. Euro-Score (<http://www.euroscore.org>). Diese Scores, welche naturgemäß nur bei operierten Pat. generiert wurden, ersetzen aber keineswegs eine klinische Gesamtbeurteilung, welche insbesondere auch die Bestimmung der Gebrechlichkeit (frailty), Kardio-Vaskuläre Begleiterkrankungen (z.B. KHK, CMP, Mitralsuffizienz) andere Hauptorgan-Dysfunktionen (z.B. Gastrointestinale Blutungen, Leberzirrhose, Lunge-COPD, Niereninsuffizienz, Neurologie) und Prozedur spezifische Hindernisse (z.B. Re-Do OP, Porzeallan-Aorta) beinhalten. Die Bestimmung der Komorbiditäten definiert einerseits Pat., welche von einer TAVI profitieren können und andererseits Pat. für die auch eine TAVI keine wesentliche Verbesserung der Lebensquantität und -qualität verspricht. Insbesondere das Ausmaß der Gebrechlichkeit wird in den Scores nicht abgebildet. Gebrechlichkeit definiert sich, wenn 3 oder mehr der

folgenden Kriterien erfüllt sind: Unfreiwilliger Gewichtsverlust (über 10 % in einem Jahr oder mehr als 5 % in sechs Monaten), objektivierte Muskelschwäche (beispielsweise durch Handkraftmessung bestimmt), subjektive Erschöpfung (mental, emotional, physisch), Immobilität, Instabilität, Gang- und Standunsicherheit mit Sturzneigung (Dauer des 5m Geh-Tests = 7 sec.), herabgesetzte körperliche Aktivität (hinsichtlich basaler und/oder instrumenteller Alltagsaktivitäten).

Nach dem Definieren von potentiellen TAVI-Kandidaten müssen die TAVI-Zentren nach Durchführen einer TAVI-Planungs-CT und meist nach einer Koronar-Angiographie im Heart Team, welches sich zumindest aus Kardiologen und Herzchirurgen zusammensetzt, die optimale Behandlung definieren und mit den Pat. und deren Umfeld einen Konsens erzielen. Eine wichtige Funktion übernimmt hier der betreuende Internist, welcher meist schon im Vorfeld mehrere Aufklärungsgespräche geführt hat und auch in der sehr kritischen Wartezeit auf die OP oder Intervention eine wichtige Rolle einnimmt.

Die Entwicklung der TAVI-Prozedur wird in den nächsten Jahren weitergehen und sie könnte sich generell als Methode der Wahl bei betagten Pat. mit schwerer symptomatischer AS etablieren. Diesbezüglich müssen aber Langzeit-Daten und die Ergebnisse der Studien im Niedrig-Risiko Bereich abgewartet werden.

□



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Sie haben sicherlich bemerkt, dass in den letzten Jahren das öffentliche Interesse an vollständiger Dokumentation der Ärztefortbildung zunimmt. Daraus resultiert nun eine **Novelle des Ärztegesetzes, wodurch nun österreichische Ärztinnen und Ärzte erstmals am September 2016 ihre ausreichenden Fortbildungen nachweisen müssen.**

Der **Berufsverband Österreichischer Internisten unterstützt** Sie hierbei, indem wir seit 2015 automatisch Ihre Fortbildungen, die bei uns besucht wurden, **direkt auf Ihr Fortbildungskonto buchen.** Sie können diese dann direkt auf Ihrem DFP Konto der Akademie der Ärzte einsehen.

Alle Informationen zu dieser Novelle finden Sie unter www.arztakademie.at/fortbildungsnachweis oder **auf der Fortbildungsseite auf unserer Homepage.**

Carotissonographie - Wien

Leitung: Prim. Univ.-Doz. Dr. R. Katzenschlager (ÖGUM-Kursleiter)

Grundkurs 2

Kurstermin: 17. - 18. März 2017 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 12.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Abschlusskurs

Kurstermin: 12. - 13. Mai 2017 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 12.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Abdomensonographie Aufbau- und Refresherkurs

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis

Kurstermin: 8. - 9. September 2017 Fr. 14.00-18.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: 1210 Wien, Kürschnergasse 6B (bei labors.at)
Kursbeitrag: 375 Euro für Mitglieder des BÖI
475 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 11

Duplexsonographie der peripheren Gefäße

Leitung: Prim. Univ.-Doz. Dr. R. Katzenschlager (ÖGUM-Kursleiter)

Grundkurs

Kurstermin: 29. - 30. September 2017 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 8.00 - 12.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Aufbaukurs

Kurstermin: 1. - 2. Dezember 2017 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 8.00 - 12.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Echokardiographiekurse

Leitung: Dr. Gustav Huber

Aufbaukurs I + II inklusive Notfallsonographie und Vorbereitung auf die Echo-Prüfung mit praktischen Übungen

Kurstermin: 5. – 6. Mai 2017

Fr. 8:30 - 20:00 Uhr

Sa. 8.30 - 18.30 Uhr

Der Kurs beinhaltet **zusätzlich einen Vormittag** Hospitierung in der Praxis nach Terminvereinbarung in kleinen Gruppen.

Kursort: 1210 Wien, Kürschnergasse 6B (bei labors.at)

Kursbeitrag: 790.- Euro für Mitglieder des BÖI

990.- Euro für Nichtmitglieder des BÖI

DFP: 20

Bei diesen Kursen gibt es die Möglichkeit, an einer exklusiven Spezialexkursion in einem der modernsten Labors in Europa teilzunehmen.

Notfallsonographie - Basiskurs

Leitung: Dr. Gustav Huber und Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis

Kurstermin: 21. - 22. April 2017

Fr. 9.00-17.00 Uhr, Sa. 9.00 - 17.00 Uhr

Kursort: 1210 Wien, Kürschnergasse 6B (bei labors.at)

Kursbeitrag: 375 Euro für Mitglieder des BÖI

475 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

DFP: 20

Pulmonale Funktionsdiagnostik inkl. Spirometrie, Ergo- und Spiroergometrie

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Paul Haber

Kurstermin: 15. Dezember 2017

Fr. 13.00-19.30 Uhr

Kursort: 1210 Wien, Kürschnergasse 6B (bei labors.at)

Kursbeitrag: 250 Euro für Mitglieder des BÖI

350 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

DFP: 8

Klinisch orientierte Schilddrüsenultraschall inkl. Schilddrüsenfunktionsstörungen

Leitung: OA Dr. Wolfgang Blank (DEGUM-Kursleiter)

Der Kursleiter ist berechtigt, die Fähigkeit zur Schilddrüsen-Sonographie der Kollegen zu beurteilen und zu bestätigen

Kurstermin: 15. September 2017

Fr. 13.00-19.00 Uhr

Kursort: 1210 Wien, Kürschnergasse 6B (bei labors.at)

Kursbeitrag: 250 Euro für Mitglieder des BÖI

350 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

DFP: 8

B FÜR *alle!* FACHÄRZTE

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Der BÖI tritt mit der Liste "BÖI für Fachärzte" als wahlwerbende Gruppe bei den Wiener Ärztekammerwahlen 2017 in der Sektion niedergelassene Fachärzte an.

Als gemeinnütziger Verein und mit ausschliesslich hauptberuflich beim Patienten tätigen Kandidaten setzen wir bei der Wahlwerbung nicht auf kostspielige und zeitaufwändige Medienarbeit, sondern bauen auf unser und Euer/Ihr Netzwerk in der Kollegenschaft.

Für alle Interessierten haben wir eine Kurzdarstellung unserer Liste im Internet unter

www.fachaerzte.boei.or.at

veröffentlicht.

Unsere Ersuchen an Euch/Sie:

**Bitte unterstützt uns mit Eurer/Ihrer Stimme bei der
Wahl am 25. März 2017.**

**Und bitte weitersagen und helfen, die Bekanntheit unserer Kandidatur
zu vergrößern!**

Wir werden als neue Gruppe jede Stimme benötigen, um unser Ziel zu erreichen, eine Mitsprachemöglichkeit zur Verbesserung der Situation aller niedergelassenen Fachärzte zu erhalten.

Wir wollen ALLE Fachärzte vertreten, also bitte auch die niedergelassenen Kollegen anderer Fächer ansprechen.

Gerne stehen wir Euch/Ihnen und allen Interessierten für Rückfragen oder vertiefende Informationen zur Verfügung.

Wir bauen auf Eure/Ihre Unterstützung und danken vorab für jeden Kontakt, den Ihr/Sie im Sinne unserer Sache knüpfen könnt.

Das Team des

BÖI für Fachärzte